

(оценка по ВАШ — $3 \pm 1,1$; $p < 0,01$) и головокружения (DHI — $4 \pm 1,5$ балла; $p < 0,01$). В тоже время, у 28 % пациентов положительная динамика была менее выражена (оценка болевого синдрома по ВАШ — $13 \pm 1,4$ балла, оценка по шкале DHI — $12 \pm 1,7$ балла, $p < 0,01$). Дальнейшее обследование выявило наличие у этой группы пациентов ограничительного болевого поведения, связанного с боязнью нанести себе повреждение и спровоцировать ухудшение состояния — кинезиофобии ($34 \pm 7,8$ балла, $p < 0,01$ по шкале кинезиофобии университета Тампа).

Наличие у пациентов с ЦГ кинезиофобии снижает эффективность лечебных мероприятий, способствует хронизации болевого синдрома, сохранению вестибулярных нарушений и является значимым предиктором неблагоприятного прогноза, что необходимо учитывать на практике.

УДК 616.832-004.2-07

Мяловицька О. А., Хижняк Ю. В.
Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця (м. Київ)

Характеристика когнітивного викликаного потенціалу Р300 у хворих на розсіяний склероз

Поширеність когнітивних розладів, їх висока соціальна значущість та обмежені можливості терапії зумовлюють актуальність проблеми ранньої їх діагностики у хворих на розсіяний склероз (РС). Однією з ефективних кількісних методик оцінки когнітивного статусу людини є метод Р300.

Мета — вивчення особливостей когнітивного статусу у хворих на РС за допомогою Монреальської шкали оцінки когнітивних функцій (MoCA) та когнітивного викликаного потенціалу (КВП) Р300.

Основну групу склали 38 хворих на РС, які були поділені на 2 підгрупи: до 1 підгрупи увійшли 20 обстежуваних, в яких когнітивний дефіцит визначався як за змінами амплітудно-часових показників (ВКП Р300), так і за допомогою шкали MoCA; 2 підгрупу склали 18 пацієнтів, у яких латентність піку Р300 була в межах вікової норми, але значення за шкалою MoCA відповідало когнітивному зниженню. До контрольної групи увійшли 15 обстежуваних з РС, у яких не було виявлено когнітивних чи емоційних розладів.

ВКП Р300 показали відмінності між групами вже на етапі сприйняття стимулу: так, виявлена статистично значуща різниця латентності піку N2 у 1 ($337,2 \pm 13,8$) і 2 підгрупах ($279 \pm 8,78$, $p = 0,003$), та у 1 підгрупі та групі контролю ($237,3 \pm 10,76$, $p < 0,001$). Не отримано статистично значущої різниці у результатах 2 підгрупи і контролю ($p = 0,058$). Порівняльний аналіз латентності піку Р300 показав статистично достовірні вищі середні показники у пацієнтів 1 підгрупи ($380,6 \pm 11,84$), порівняно з контролем ($351,7 \pm 3,49$, $p = 0,047$). Під час проведення аналізу показників середнього часу реакції на значимий слуховий стимул ми отримали статистично достовірні результати при порівнянні 1 підгрупи з контролем ($363,7 \pm 13,6$ мс і $260,59 \pm 2,3$ мс, $p < 0,001$ відповідно), а також при порівнянні показників у підгрупах ($363,7 \pm 13,6$ мс і $272,4 \pm 25,3$ мс, $p = 0,023$ відповідно). Достовірно не відрізнялися показники між обстежуваними 2 підгрупи і контролю ($272,4 \pm 25,3$ мс і $260,59 \pm 2,3$ мс, $p = 0,288$).

Кількість правильних реакцій на стимул в обстежуваних 1 підгрупи була достовірно нижчою порівняно з контрольною групою ($58,23 \pm 8,22$ % і $85,59 \pm 2,3$ %, $p = 0,011$). У пацієнтів 2 підгрупи спостерігалось більше помилок ($74,97 \pm 6,3$) порівняно з групою контролю, але результати не досягли статистичної достовірності ($p = 0,149$). Не було

також отримано значущої різниці між показниками у підгрупах пацієнтів ($p = 0,133$).

Когнітивні розлади часто спостерігаються у пацієнтів з РС. Зміни Р300 є об'єктивною ознакою когнітивного зниження. Цей метод кількісної оцінки когнітивних функцій можна використовувати для раннього виявлення порушень пізнавальної сфери у хворих на розсіяний склероз.

УДК 616.8:616.711.1-07-037:616-071.2:612.014.5

Назарчук І. А.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)

Соматотип конституції людини як предиктор м'язово-тонічних порушень при вертеброневрологічних синдромах шийної локалізації

Конституціональний підхід у медицині має актуальність, поширює її і на вертеброневрологію та здатний внести новизну у її сучасний розвиток. Проведена робота стосувалася вивчення ролі соматичних конституціональних властивостей у формуванні, клінічному перебігу шийних вертеброневрологічних синдромів (ШВНС) для їх практичного, насамперед прогностичного застосування, що і склало мету дослідження. Враховуючи провідне синдромоутворююче значення м'язово-тонічних порушень (МТП) у вертеброневрології, доцільним було сконцентруватись саме навколо них.

Обстежено 68 хворих віком 18—44 роки із ШВНС рефлексорного походження: цервікальними, цервікокраніальними, цервікобрахіальними.

Соматотип визначався за методом Б. Х. Хіт — Д. Л. Картер на підставі відповідних антропометричних показників. Регіонарні МТП, що виявляли при клінічному вертеброневрологічному обстеженні, оцінювали з використанням методики, описаної Кузнецовим В. Ф., підраховували у балах за інтенсивністю і поширеністю і підсумовували у загальному показнику МТП. Статистичне оброблення результатів проводили стандартним пакетом програм SPSS 20.

У обстежених були виявлені 6 варіантів соматотипу, які відрізнялися за компонентним складом тіла. М'язово-тонічні порушення виявлені в усіх обстежених. Вони були максимально виразні у осіб із 2 і 3 соматотипами і найнижчою м'язовою масою (загальний показник МТП 58 та 52 бали відповідно) і меншими — у осіб 4—6 соматотипів із високою м'язовою та кістковою масою (загальний показник МТП 42, 37 та 30 балів відповідно). Особливості соматотипу відбивалися і на якості МТП. У 1—4 соматотипів значно переважав гіпертонус, який спостерігався у 100 %, 96 %, 89 %, 96 % хворих відповідно. У осіб 5 і 6 соматотипів спостерігалася і м'язова гіпотонія, як у поєднанні із гіпертонусом, так і окремо, і співвідношення гіпертонус/гіпотонус в середньому у групах становило 50 % до 50 % та 60 % до 40 % відповідно. Вплив соматотипу на МТП підтверджувався достовірними кореляційними зв'язками (r від $-0,3$ та більше), які означали: зростання значення соматотипу від 2 до 6 зменшує виразність МТП. Відмінності будови тіла проявлялися і у клінічному перебігу ШВНС, з боку різної симптоматики, зокрема і болю, найчастішого і найвиразнішого у хворих 2 і 3 соматотипів, і протилежних ознак у хворих 5 і 6 соматотипів.

Отже, соматотип конституції людини впливає на формування і клінічний перебіг ШВНС та може бути розглянутий для застосування як предиктор МТП. В роботі було виявлено, що регіонарні МТП у осіб 5 і 6 соматотипів можуть бути представлені поєднанням гіпертонусу м'язів із їх гіпотонією

або тільки гіпотонією, що відрізняє таких хворих від інших. Практичне застосування соматотипу може бути поширене як критерій вибору коригувальних заходів щодо МТП, насамперед медикаментозних і немедикаментозних засобів, прийомів і пристроїв біомеханічної корекції із міорелаксуючою та міотонізуючою дією. Отримані результати є підґрунтям і вказують на перспективність розвитку конституціонального напрямку у вертеброневрології.

УДК 616.89-008.19-02:[616.831-005-06:616.831.9-008.811.1

Насалик Р. Б., Шкробот С. І.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України» (м. Тернопіль)

Деякі особливості кровопостачання головного мозку у пацієнтів з гідроцефалією при хронічній ішемії мозку

Хронічна ішемія мозку (ХІМ) зумовлена повільно прогресуючою дифузною недостатністю кровопостачання мозкової тканини, що веде до прогресуючого погіршення функціонування головного мозку (Мищенко Т. С., 2016). Існує ціла низка досліджень, в яких вивчалися гемодинамічні порушення у хворих на ХІМ (Дзяк Л., Голик В., 2008; Мищенко Т. С., Шестопалова Л. Ф., 2006). Проте, особливості кровопостачання головного мозку у хворих з гідроцефалією (ГЦ) при ХІМ є маловивченими (Дац Ю. В., 2003).

Мета — виявити особливості стану інтракраніального відділу брахіоцефальних судин та виявити їх зв'язок з морфометричними показниками головного мозку у пацієнтів з гідроцефалією при ХІМ.

Нами було обстежено 100 хворих з ХІМ (чоловіків — 61 (61 %), жінок — 39 (39 %)). Середній вік хворих склав $65,4 \pm 9,4$ роки. Фоновим захворюванням у 88 (88 %) пацієнтів була гіпертонічна хвороба, симптоматична артеріальна гіпертензія — у 12 (12 %), церебральний атеросклероз у 67 (67 %). ХІМ 1 ступеня була встановлена у 21 (21 %), ХІМ 2 ступеня — у 66 (66 %), ХІМ 3 ступеня — у 13 (13 %) хворих. Гідроцефалію при ХІМ діагностували відповідно до критеріїв, розроблених Верещагінін Н. В. Легкий ступінь ГЦ спостерігався у 22 (26,2 %), помірний — у 44 (52,4 %), важкий — у 18 (21,4 %) пацієнтів.

Усі хворі були поділені на 2 групи. До 1 групи увійшли 84 хворих з ХІМ, що супроводжувалася ГЦ. Серед них було 53 чоловіки (63,1 %) та 31 — жінки (36,9 %), віком від 51 до 76 років, середній вік яких склав $61,04 \pm 8,72$ роки.

2 групу (групу порівняння) склали 16 пацієнтів без проявів ГЦ, серед них було 11 жінок (68,75 %) та 5 чоловіків (31,25 %), віком від 47 до 76 років, середній вік — $62,56 \pm 9,49$ роки.

Стан церебральної гемодинаміки оцінювали за допомогою дуплексного сканування екстра- та інтракраніальних артерій (Logiteq 700). Під час дослідження передньої (ПМА), середньої (СМА) та задньої (ЗМА) мозкових артерій визначали пікову систолічну (ПСШК), кінцеву діастолічну (КДШК) швидкості кровоплину та індекс резистентності (ІР).

Морфометрію мозку виконували за даними КТ (апарат AsteionSuper 4, Toshiba, Японія) та МРТ (Siemens Magnetom Avanto 1,5T) і включала визначення біфронтального індексу, бікаудатного індексу, індексу центральної частини бокового шлуночка, індексу лобового рога; шлуночкового індексу; індексу фронтальних рогів, числа Хакмана.

Статистичний аналіз проводили на персональному комп'ютері з використанням програми Statistica v.6.1.

ПСШК у пацієнтів групи 1 була достовірно нижчою, ніж у осіб групи 2 і склала $(52,4 \pm 11,2)$ проти $(64,7 \pm 11,2)$ ($p < 0,05$) по ПМА, по СМА — $(73,6 \pm 4,8)$ проти $(79,3 \pm 4,8)$

($p < 0,05$), по ЗМА — $(45,3 \pm 8)$ проти $(54,4 \pm 8)$ ($p < 0,05$), відповідно. Також були встановлені такі кореляційні зв'язки ($p < 0,05$) у групі 1: ПСШК по ПМА/БФІ ($r = -0,76$), ПСШК по ПМА/ІЛР ($r = -0,68$), ПСШК по ПМА/ІФР ($r = -0,72$); ПСШК по СМА/БФІ ($r = -0,56$), ПСШК по СМА/БКІ ($r = -0,67$), ПСШК по СМА/ШІ ($r = -0,52$), ПСШК по ЗМА/ШІ ($r = -0,55$).

Було виявлено достовірно нижчий ІР по СМА у групі 1, ніж у групі 2 ($0,47 \pm 0,18$ проти $0,54 \pm 0,18$, $p < 0,05$, відповідно), а також зафіксовані такі кореляційні зв'язки ($p < 0,05$) у групі 1: ІР по СМА/БКІ ($r = -0,66$), ІР по СМА/ІЦЧБШ ($r = -0,56$), ІР по СМА/ШІ ($r = -0,55$).

Достовірної різниці показників КДШК та ІР по ПМА та ЗМА між групами не було виявлено, проте були виявлені такі кореляційні зв'язки ($p < 0,05$) у пацієнтів групи 1: ІР по ПМА/ІЛР ($r = -0,62$), ІР по ПМА/ІФР ($r = -0,60$), ІР по ПМА/БФІ ($r = -0,52$), ІР по ПМА/БКІ ($r = -0,54$); ІР по ЗМА/ШІ ($r = -0,44$).

У пацієнтів з ХІМ, що супроводжується ГЦ, встановлено достовірне зниження ПСШК по ПМА, СМА, ЗМА та ІР по СМА.

Існує взаємозв'язок між появою ГЦ та погіршенням показників церебральної гемодинаміки у пацієнтів з ХІМ.

УДК 616.832-004.2-07-037-036.65

Негреба Т. В., Куржнер В. М.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии ИАМН Украины» (г. Харьков, Украина)

Университет г. Хайфа, кафедра генетики (г. Хайфа, Израиль)

Дифференциально-диагностические критерии характера прогноза при рецидивирующем течении рассеянного склероза

Данные многочисленных исследований свидетельствуют о том, что рецидивирующее течение (РТ) у 10—15 % больных рассеянным склерозом (РС) протекает доброкачественно и не приводит в дальнейшем к трансформации во вторично-прогредиентное течение (ВПТ). Однако, несмотря на благоприятный характер прогноза в целом, при РТ также существуют многообразные варианты течения, отличающиеся своим клиническим звучанием и прогностической значимостью. В частности, целый ряд клинических маркеров, свидетельствующих о риске трансформации в ВПТ, позволяют расценивать текущий прогноз при РТ как неопределенный. Таким образом, прогноз, как результат предшествующего течения заболевания, зависит от клинической интерпретации всей картины болезни в целом, включая ретроспективный анализ этапов заболевания во временном аспекте.

С помощью методов математического анализа (коэффициента корреляции Юла, метода дискриминантного анализа, определяющего «вес» каждого показателя и пермутационного теста) изучались «весовые категории» и величина связей между клиническими показателями дебюта, рецидивирующего этапа заболевания и характером прогноза. Маркерами ожидаемого прогноза служили клинические показатели с сильными связями и высокими «весом». По данным клинко-математического анализа на этапе дебюта благоприятный прогноз с высокой вероятностью встречался при легком моносиндромном коротком дебюте; поражении черепно-мозговых нервов, острым односторонним ретробульбарном неврите, чувствительных нарушениях в структуре дебюта; полной клинической ремиссии средней продолжительности при выходе из дебюта. Для альтернативного, т. е. неопределенного прогноза, были характерны дебюты средней степени тяжести и продолжительности в виде олигосиндромной или полисиндромной симптома-